

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ»

Питкевич А.Э., Шмаков А.П., Янушкевич А.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебская областная детская клиническая больница»

Введение. Синдром, сопровождающийся болью, отеком и краснотой мошонки включает в себя ряд заболеваний и носит название синдрома «острой» или «отечной мошонки». Синонимом

этих терминов, часто встречающихся в литературе, являются острые заболевания яичка, объединяющие ряд нозологических единиц: воспалительные заболевания яичка и придатка, перекрут и некроз гидатид яичка и придатка, заворот яичка, травма органов мошонки. [1, 4]

Среди вышеперечисленных заболеваний однозначное оперативное лечение показано при травме органов мошонки и завороте яичка. Воспалительные заболевания яичка требуют консервативной терапии. При четко установленном диагнозе перекрута гидатид яичка или придатка ряд авторов предлагает воздержаться от ревизии органов мошонки. [2, 3]

В клинике детской хирургии при синдроме «острой мошонки» во всех случаях принята активная хирургическая тактика как основной лечебно-диагностический компонент.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2005 год в детском хирургическом отделении находились на лечении 127 детей с различными проявлениями синдрома «острой мошонки». В возрасте до 3 лет поступило 15 (11,8%) детей, от 4 до 7 лет – 17 (13,4%), от 8 до 14 лет – 95 (74,8%) пациентов. При поступлении жалобы на боль в мошонке предъявляли 117 мальчиков (92,1%), на увеличение мошонки – 44 (34,6%), покраснение мошонки выявлено у 32 (25,2%) детей. Сочетание вышеуказанных жалоб отмечалось у 22 (17,2%) мальчиков. Повышение температуры тела было выявлено у 12 (9,4%) детей, у 3 (2,4%) - однократная рвота. Боли в животе отмечены у 1 (0,8%) ребенка.

При объективном осмотре детей отек мошонки определялся в 102 (80,3%) случаях, гиперемия - в 86 (68,5%), болезненность при пальпации - у 126 (99,2%) мальчиков.

Диагноз синдрома «острой мошонки» выставлялся врачом приемного покоя на основании жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного осмотра. Дифференцировки причин вызвавших синдром в большинстве случаев не проводилось, ввиду того, что это не изменяло лечебно-диагностическую тактику. У 4 (3,1%) мальчиков при подозрении на заворот яичка проводилось доплеровское ультразвуковое исследование гонад. Во всех случаях патологии не было выявлено, однако при ревизии мошонки обнаружены некротизированные гидатиды яичка.

Результаты и обсуждение. Оперировано 126 (99,2%) детей. Операция начиналась с ревизии пораженной половины мошонки. Клинический диагноз формировался на основании интраоперационных данных. В 104 (81,9%) случаях обнаружен

перекрут и некроз гидатиды яичка или придатка. Выполнено ее удаление.

Ряд авторов рекомендует при диагностированной гидатиде придатка или яичка придерживаться консервативного лечения (антибактериальная терапия, нестероидные и противовоспалительные препараты). По их данным, регрессия гидатиды наступает в срок от 1 до 2 месяцев, при этом боль в мошонке сохраняется в течение 10-14 дней, а отек - до месяца. [3]

У 14 (11%) детей диагностирован орхоэпидидимит. патологический экссудат забирался на посев на флору и чувствительность к антибиотикам. В послеоперационном периоде эти пациенты получали антибактериальную терапию. У одного ребенка выявлен фуникулит. Заворот яичка установлен у 8 (6,3%) детей. После ликвидации заворота яичко признано жизнеспособным у 5 мальчиков. Одному из них выполнялась повторная ревизия яичка через сутки ввиду сомнений во время первой операции в жизнеспособности гонады. Троице больным выполнена орхэктомия, при этом у одного ребенка (возраст 2 недели) имел место внутриутробный заворот яичка, а двое детей находились на лечении в хирургических отделениях районных больниц с диагнозом "орхоэпидидимит" на протяжении 14 - 16 дней и переведены в клинику в связи с безуспешностью консервативного лечения. Одному ребенку заворот яичка был расправлен консервативно.

Выводы. К достоинствам активной хирургической тактики следует отнести точность в постановке диагноза без привлечения дополнительных методов исследования (диафаноскопия, УЗИ), что не всегда возможно в экстренной хирургии. Ликвидацию источника, вызвавшего синдром «острой мошонки» (удаление гидатиды, ликвидация заворота яичка и т.д.), кратковременность (10-15 мин.) и малотравматичность операции, возможность визуальной оценки органов мошонки при их воспалении, а также проведение в послеоперационном периоде целенаправленной антибактериальной терапии с учетом флоры и ее чувствительности к антибиотикам. Быстрое (в течение 2-3 сут.) купирование признаков заболевания и отказ от медикаментозной терапии при перекруте и некрозе гидатиды яичка или придатка. Хорошие отдаленные результаты.

Учитывая то, что заболевания, входящие в понятие синдрома "острой мошонки" имеют общую клиническую картину, процент поражения гонад воспалительного характера невысок, а применение инструментальных методов исследования не всегда доступно и

информативно, операция как основной лечебный диагностический компонент нам представляется оправданной.

Литература:

1. Баиров, Г. А. Срочная хирургия детей / Г. А. Баиров – С.-Петербург: изд. «Питер», 1997. – 398 с.
2. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт. – С.-Петербург, 1996 – Т.2. – 288-294 с.
3. Лечение детей с синдромом отечной мошонки / Н. Д. Ширяев [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – №1. – С. 33-35.
4. Острые заболевания органов мошонки у детей / А. Б. Юдин [и др.]. – М.: «Медицина», 1997. – 230 с.